

Formulario de Historia del Paciente

Nombre del Paciente: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Edad: _____ Estatura: _____ Peso: _____

Que síntomas le trajeron a nuestro centro? _____

Cuando y Como ocurrieron los primeros síntomas?

Fue por accidente? Si No Cuando Y Como?

Nombre de doctor que le refirió aquí: _____

Lista y Fechas de cirugías: _____

Si fue cirugías de espalda, Que nivel? _____

Relacionado con la visita de hoy, han tenido cualquiera de estos exámenes? CT MRI

Rayos X Ultrasonido

Cuando? _____

Donde? _____

Resultados? _____

Dolor de Cadera/Pierna o entumecimiento: Si No La Derecha La Izquierda

Dolor de Cuello/Brazo o entumecimiento Si No La Derecha La Izquierda

Historial Médico:

Enfermedad del Hígado Si No

Hepatitis Si No

Célula de la Loz Si No

Enfermedad del Riñón Si No

Glaucoma Si No

Positivo del VIH Si No

Hipertensión Si No

Enfermedad Cardíaca/Embolia Si No

Diabetes Si No

Combulsiones Si No

Cáncer Si No

Si, especificar qué tipo: _____

Tipo de tratamiento para el cáncer? _____

Alergia a solución intravenosa o al yodo? Si No Si, explicar la reacción: _____

Sufre de alergias: Si No Enumerar todas las alergias que padece recibiendo o tomando:

Lista de medicamentos que toma diariamente: _____

Lista de medicamentos que tomo hoy: _____

Pacientes Femeninos: Hay una posibilidad que este embarazada? Si No

Fecha de última menstruación: _____

Histerectomía: Si No